FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges GUÉMENÉ

Né à Rennes, le 2 juillet 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Luxations Externes de la Clavicule

Président : M. QUÉNU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Luxations Externes

de la Clavicule

L'étude des luxations externes de la clavicule semble avoir passionné les chirurgiens et les médecins des temps fort éloignés de nous.

Faite par les anciens, nous voyons que cette question a été reprise plusieurs fois dans ces trois derniers siècles, non sans avoir donné lieu à d'étranges contradictions qui ont amené même la négation de leur existence.

De tous les auteurs qui ont traité ce sujet, les uns se sont occupés du mécanisme de leur production, d'autres des lésions anatomiques remarquées, d'autres enfin se sont appliqués à la recherche d'un traitement.

Aujourd'hui où le traitement par appareils est abandonné de quelques chirurgiens qui préfèrent la méthode sanglante de réduction et la suture, nous avons cru qu'il serait intéressant de voir si l'ancienne méthode ne donnait pas de bons résultats, et s'il fallait, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une

luxation de la clavicule, avoir recours à la suture osseuse.

Mais avant de commencer ce travail qui clôt nos études médicales, nous tenons à exprimer à ceux qui furent et resteront nos maîtres vénérés, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nos débuts dans la vie clinique ont été faits sous la direction éclairée de M. le professeur Bertheux. Nous le prions de croire à nos sentiments de respectueuse gratitude.

Externe, nous avons passé une année dans le service de M. le professeur Dayot, qui nous initia aux difficultés de la chirurgie et qui nous témoigna le plus affectueux intérêt. Nous sommes heureux d'avoir pu bénéficier des leçons d'un tel maître : nous lui adressons un souvenir ému de reconnaissance.

Nous ne pourrons oublier notre deuxième année d'externat passée dans le service de médecine de M. le professeur Follet. Faut-il dire la gratitude que nous lui devons pour l'enseignement précieux qu'il nous donna tant par ses leçons claires que par ses causeries au lit du malade ?

Nous avons eu le grand avantage de faire nos études d'obstétrique sous la direction de M. le professeur Véron qui pendant l'année que nous passâmes dans son service nous initia aux nombreuses difficultés de cet art.

MM. les professeurs Lhuissier, Le Damany, Lefeuvre, Lautier, Perrin de la Touche, Millardet

ont été pour nous des maîtres bienveillants dont les leçons ont guidé notre esprit dans l'étude des diverses branches de la médecine.

MM. les professeurs Bodin, Castex, Chevrel, Assicot, Marquis, Jambon ne nous ont pas ménagé des enseignements et des conseils, dont nous avons pu depuis apprécier la valeur.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à M. le professeur Pierre Duval qui a bien voulu nous inspirer cette thèse. M. le Dr Maurice Barbier voudra bien prendre une part de nos remerciements pour les renseignements qu'il voulut bien nous fournir pour ce travail.

Est-il besoin de dire l'honneur que nous a fait M. le professeur Quénu en voulant bien accepter la présidence de notre thèse ? Nous lui en sommes bien reconnaissant.

GÉNÉRALITÉS

Les luxations externes de la clavicule ont été connues, et leur étude a été faite depuis fort longtemps déjà.

Les premières observations que nous trouvions à ce sujet semblent remonter à Hippocrate. Nous lisons en effet dans la traduction par Littré de ses *Œuvres complètes :* « Il faut bien savoir, et l'on peut, si l'on veut en faire la prédiction qu'il ne résultera de cette lésion aucun dommage, ni grand, ni petit, pour l'épaule, mais que cet endroit sera déformé. » (P. 117.)

La question a été reprise bien des fois depuis, mais il faut arriver à la fin du XIX^e^ siècle pour la voir mettre au point. A cette époque, en effet, nous voyons Brindel et Galangau (Thèse de Montpellier, 1877), Malgaigne, Poirier et Rieffel faire une étude du mécanisme de sa production et des lésions anatomiques constatées.

Et tout d'abord, quelle est la fréquence de cette luxation ?

De nombreuses statistiques ont été faites. Nous nous bornerons à rappeler celles de Malgaigne qui

dans une première faite à l'Hôtel-Dieu donne 39 luxations pour 489 et dans une seconde faite à l'hôpital Saint-Louis trouve 9 luxations externes de la clavicule pour 114 luxations.

Pour Gülf (*Deutsche Klinik*, 1857, n° 1) les résultats auxquels il arrive sont à peu près identiques. Kronlein fit à la clinique de Berlin un relevé de 400 luxations, et en trouve 17 de la clavicule (*Luxations in Deutsche Chir.*, von Billroth, Lücke, 1881, p. 5).

Pour tous ces auteurs, nous trouvons que les luxations externes se classent au quatrième rang parmi les luxations et sont assez fréquentes.

On considère aujourd'hui trois variétés dans la luxation externe claviculaire : la variété sous-coracoïdienne, la sous-acromiale et la sus-acromiale, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente.

La variété *sous-coracoïdienne* est une lésion rare. On n'en a pas d'observation depuis 1842, époque à laquelle il en avait été publié 6 cas par Pinjon et Godemer.

La *sous-acromiale* a été niée par Boyer, défendue par J.-L. Petit. C'est une variété assez rare. Baraduc, Polaillon, Melle, Tournel, Allen en rapportent chacun une observation, dans cette luxation, l'extrémité externe de la clavicule se loge entre l'acromion et la capsule articulaire en se projetant en arrière. Les ligaments sont rompus tant acromiens que coracoïdiens, et leur section est nécessaire à la production de cette variété.

Reste la variété *sus-acromiale* qui est la plus fréquente. Hamilton en a observé lui-même 43 cas.

Au point de vue du mécanisme de cette luxation, MM. Poirier et Rieffel ont institué une série d'expériences qui leur ont montré que la violence doit agir obliquement sur la région deltoïdienne soit d'arrière en avant ou d'avant en arrière. De même un traumatisme s'exercerait de haut en bas et de dedans en dehors sur le bord supérieur de l'acromion. La luxation serait encore favorisée pour certains auteurs par la contraction violente du trapèze au moment de la chute (Poirier et Rieffel, *Arch. gén. de Médecine*, 1891. *Mécanisme des luxations sus-acromiales claviculaires*).

Cette luxation peut elle-même se diviser en deux : la sus-acromiale *complète* et l'*incomplète*. Au point de vue anatomique, pour Buisson et Ader, il y aurait seulement rupture de la capsule fibreuse dans celle-ci et de tous les faisceaux ligamenteux dans la première. Brindel et Galangau (Thèse de Montpellier, 1877) affirment au contraire que le déplacement incomplet amènerait la dislocation des ligaments coracoïdiens avec conservation de la capsule acromio-claviculaire. De même Poirier et Rieffel ont constaté la rupture des ligaments acromio-claviculaires supérieur et inférieur et la déchirure de quelques fibres du trapèze. Pour eux les faisceaux caraco-claviculaires ne sont pas intacts, car, d'après leurs travaux, la déchirure du ligament coronoïde est

indispensable pour permettre la production de la luxation complète.

L'acromion dans une telle luxation vient se loger sous l'extrémité externe de la clavicule et occupe une position antérieure par rapport à elle, alors que dans l'incomplète on a un déplacement beaucoup moins considérable, l'acromion se logeant en partie seulement en avant ou en arrière de la clavicule.

Au point de vue clinique, la différence est marquée entre ces deux variétés sus-acromiales.

Les symptômes consistent en une douleur locale gênant assez peu les mouvements volontaires et une saillie légère de la clavicule au-dessus de l'acromion. Le signe de la touche permet de faire constater une crépitation sourde.

Dans la luxation complète le blessé éprouve une sensation de déchirure au moment de l'accident, et la douleur est exagérée par les mouvements volontaires, surtout ceux d'élévation du bras. Le blessé incline la tête du côté malade soutenant son bras avec la main du côté opposé. On constate une dépression anormale séparant l'acromion de la clavicule. On peut saisir entre les doigts l'os luxé pour le porter en avant, en arrière et en bas en déterminant une forte crépitation. L'os abandonné à lui-même revient à la position qu'il a prise en se luxant. La mensuration faite de la fourchette sternale à la saillie acromiale montre enfin une diminution de l'espace séparant normalement cette saillie de la ligne médiane.

Aujourd'hui, la radiographie est venue lever les doutes, et la confusion ne sera désormais plus possible entre ces luxations et celles de l'épaule ou avec la fracture externe de la clavicule.

TRAITEMENT

Le traitement des luxations externes de la clavicule comporte, comme tous ceux des luxations, deux temps : un temps de réduction et un de contention.

Dans la variété sous-coracoïdienne, la plus rare, un premier aide doit exercer sur le bras des tractions en arrière et en dedans, et un second pratiquer la contre-extension au moyen d'une alèze embrassant le thorax, pendant que le chirurgien, saisissant la clavicule, la dégage de dessous la coracoïde et la ramène en bonne position. Un bandage approprié, tel que celui de Desault ou un dérivé, suffiront à assurer la contention. Une fois l'appareil enlevé, séances de massage et mobilisation.

Dans la variété sous-acromiale, on réduit soit en ramenant les épaules en dehors et en arrière, le genou étant appliqué entre les omoplates, soit par des tractions exercées sur le bras en abduction, la contre-extension étant faite par un aide opposé embrassant à pleines mains le thorax du blessé ou par un drap plié en cravate et enroulé autour de la poitrine. Après réduction le bras sera maintenu dans une écharpe avec un coussin axillaire pendant dix à quinze jours;

massage primitif et continué pendant plusieurs jours.

La luxation sus-acromiale a donné lieu à d'innombrables procédés de réduction. Pour M. Bell, la luxation de la clavicule se réduit aisément en faisant une compression modérée avec les doigts, surtout en tirant en même temps en arrière les bras et les épaules ; l'on augmente ainsi un peu l'espace que la clavicule devrait occuper.

Chassaignac, dans un rapport qu'il fit à la Société de Chirurgie, indiqua le procédé suivant qui lui donna pleine satisfaction : « L'opérateur, appuyant contre sa poitrine l'épaule du côté sain, passe un bras en avant et l'autre en arrière de la poitrine du malade, croise ses mains au-dessous du coude, et obtient par cette espèce d'amplexation une élévation tellement prononcée du moignon de l'épaule que l'extrémité externe de la clavicule reprend ses rapports normaux. »

Le procédé d'Élie Col de Vilars comporte un aide : « Pour réduire, on fait asseoir le malade sur un siège un peu bas, ou sur son lit ; un aide passe par derrière et embrasse les épaules qu'il tire en arrière, tandis qu'avec son genou, qu'il appuie sur l'épine, entre les deux omoplates, il pousse le corps en avant, pour faire en même temps l'extension et la contre-extension ; alors le chirurgien placé en avant fait la réduction, et poussant en dirigeant la tête de l'os du côté de la cavité d'où elle s'est écartée. »

M. Brindel décrit, d'une façon vraiment clinique,

le procédé suivant de réduction, qui réunit tous les précédents et les complète l'un par l'autre :

« 1° Saisir entre les mains, placées de façon à entourer le bras le plus haut possible, jusque sous l'aisselle, le moignon de l'épaule, et l'attirer en dehors, en même temps qu'on le pousse un peu en haut ;

» 2° Ajouter à ces deux mouvements un mouvement de propulsion de l'épaule en arrière ;

» 3° Porter, pendant que l'on exécute les deux manœuvres précédentes, le coude fortement en avant, de dehors en dedans, et faire toucher l'épaule opposée par la main du bras malade ;

» 4° Enfin, à ces trois mouvements, ajouter une pression sur l'extrémité luxée de la clavicule et la pousser de haut en bas et d'arrière en avant. »

C'est là un très bon procédé qui, dans la pratique courante, doit être le plus fréquemment appliqué.

La manœuvre que préconise M. Polaillon, en en différant un peu, peut rendre également un grand service : « La réduction s'obtient en portant l'épaule à la fois en haut, en dehors et en arrière, en même temps qu'on abaisse la clavicule. Si l'on échoue, il faut ajouter à ces mouvements l'élévation du bras et sa rotation soit en dedans, soit en dehors, afin d'entraîner l'omoplate de manière à ce que la facette articulaire de l'acromion vienne se placer vis-à-vis de celle qui appartient à la clavicule. Après quelques tâtonnements, on arrive habituellement à réduire. »

Nous avons cru utile d'indiquer ces divers procé-

dés, car souvent la réduction de la luxation acromio-claviculaire ne se fait pas toujours aussi aisément qu'on a bien voulu le prétendre. On se trouvera bien dans ces cas d'employer simultanément ou successivement l'une de ces manœuvres avant d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une luxation irréductible dont nous parlerons dans un prochain chapitre.

Contention

La contention a de tous temps intéressé les chirurgiens au plus haut point. C'est cette seconde partie du traitement en effet qui présente le plus de difficultés, difficultés qui ont été jugées insurmontables par beaucoup, à un tel point que certains médecins négligeaient de la faire, la jugeant impossible à réaliser.

La difficulté de la contention est due à l'obliquité des surfaces articulaires, à leur étroitesse. D'autre part, l'acromion est très souvent abaissé notablement au-dessous de la clavicule dans les déplacements complets, ainsi qu'il résulte des travaux de MM. Poirier et Rieffel.

Aussi un nombre considérable d'appareils ont été imaginés, et tour à tour ils ont été abandonnés. Nous ne citerons que pour mémoire ceux de Boyer, Baraduc, Desault, Alquié, Velpeau, Malgaigne, Bardenheuer, Le Dentu.

Les indications de la contention ont été nettement

formulées par Boyer : « Les moyens propres à maintenir cette luxation réduite doivent agir de la même manière que la puissance qui en a opéré la réduction ; c'est-à-dire qu'ils doivent abaisser l'extrémité humérale de la clavicule, élever l'omoplate, la porter en dehors, et tenir le bras fixé contre le tronc. »

M. Bouliau complète ces indications par la recommandation d'immobiliser le scapulum :

1 Une pression directe et énergique sur l'extrémité externe de la clavicule qui est ainsi poussée en bas ;

2° Un soutien du coude qui porte la tête humérale en dehors et en haut, au besoin même en arrière ;

3° Une immobilisation du scapulum ;

4° Toutes les précautions nécessaires pour prévenir les eschares au niveau d'application des forces, et les compressions de nature à déterminer des paralysie ou des douleurs (Galien) ;

5° Une tolérance suffisante pour faire accepter l'appareil pendant trente et même quarante jours.

Quand le déplacement n'est pas trop considérable, quand la luxation se réduit sans de trop grandes difficultés, nous croyons que les meilleures conditions de contention seront réalisées par l'application d'un tampon d'ouate dans le creux axillaire, tandis qu'un autre tampon serré sera appliqué sur l'extrémité saillante de la clavicule. On les maintiendra à l'aide de bandes passant sous le bras du côté sain et appliquant le tampon claviculaire sur la région. L'immobilisation du bras sera réalisée au

moyen d'une écharpe qui maintiendra le bras contre le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, la main dirigée vers l'épaule du côté sain.

Cet appareil sera surveillé fréquemment au cours de l'immobilisation, de manière que les bandes soient resserrées si on constatait une mobilité due au relâchement des pièces qui le composent.

De même, la production d'eschares sera évitée par une pression modérée ainsi que les compressions nerveuses. Si toutefois on s'apercevait d'une de ces complications, il serait toujours temps de recourir à une autre méthode.

L'immobilisation par les bandes et l'écharpe donnent de bons résultats. Nous l'avons vue employée chez deux malades dont les cas sont relatés dans les observations I et II.

Quelle sera la durée de l'immobilisation ? « Elle devrait être de six mois d'après le sentiment de Vigier. Au moment où il le quitte, son malade n'est privé d'aucun de ses mouvements, que de ceux d'élévation forcée, et se félicite malgré cette légère difformité d'être débarrassé de son bandage, que l'auteur aurait voulu qu'il gardât six mois, ce temps lui ayant paru nécessaire pour consolider les ligaments rompus (*La Grande Chirurgie des Tumeurs*. Lyon, 1657). »

Boyer semble avoir été du même avis et Richeraud nous rapporte un cas chez lequel la réduction n'était pas complète après cinq mois (Richeraud, *Leçons de Boyer sur les Maladies des os*, 1803, t. II, p. 76).

Pour Malgaigne, il faut abréger beaucoup la

durée du traitement : « Le temps nécessaire à la consolidation de l'article paraît être de trente jours environ. Galien conserva son bandage quarante jours et j'en ai fait garder moi-même un temps égal à plusieurs de mes malades ; mais la raideur des jointures étant considérable, je me suis arrêté à trente jours et même quelquefois il m'est arrivé de laisser l'épaule libre dès le vingt-cinquième jour. L'exercice, favorisé par les bains au besoin rétablit assez promptement les mouvements et la force du membre. »

Divers auteurs s'accordent à ne pas maintenir l'appareil pendant plus de cinq à six semaines, mais l'opinion de Malgaigne a prévalu. « Le traitement par les bandages varie de vingt à trente jours. Il faut bien se garder de laisser le malade dans le bandage plus longtemps que ce délai, et même nous croyons que, si, après vingt-cinq jours de traitement, la réduction n'est pas obtenue d'une manière satisfaisante, il faut renoncer aux bandages, et faire exécuter des mouvements au malade. »

Enfin pour M. Polaillon, vingt-cinq à trente jours sont suffisants pour obtenir la consolidation de l'articulation luxée. La durée de l'application de l'appareil ne doit pas en général dépasser ce terme (Polaillon, *Dict. Encycl*).

Dans deux des observations que nous avons relevées, nous voyons que le malade avait sa luxation réduite au bout de vingt-quatre jours dans l'observation I et au bout de vingt-trois jours d'immobilisation dans l'observation II, M. le professeur Ber-

ger fit lever l'appareil, et constata que la réduction était parfaite.

Lorsque l'appareil aura été enlevé, il faudra avoir recours au massage et à la mobilisation, qui, en redonnant aux muscles immobilisés leur souplesse, contribueront à la suppression de toute raideur articulaire.

OBSTACLES A LA RÉDUCTION

LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES

En règle générale la réduction des luxations acromio-claviculaires s'obtient assez facilement, mais il est des cas où toutes les manœuvres que nous avons exposées échouent. Les obstacles ont parfois une telle importance qu'ils sont insurmontables et rendent la luxation véritablement irréductible. Les cas d'irréductibilité ne sont pas très rares, et M. Polaillon, dans une statistique portant sur 61 cas, a trouvé 8 irréductibles. Ces cas ont été observés dans la variété sus-acromiale exclusivement.

D'après M. Courchet, il y a deux difficultés : l'une tient à la rétraction du muscle trapézé et du muscle grand pectoral ; l'autre tient à la forme même de la variété de luxation sus-acromiale. A l'appui de sa première affirmation, l'auteur relate une première observation de Malgaigne dans laquelle « ce ne fut qu'en mettant ce muscle (trapèze) dans le relâchement, en relevant le bras en dehors et en haut, de manière à former avec le cou un angle de 45 degrés ; qu'il put obtenir une réduction complète et facile ».

Dans une seconde observation de Malgaigne, le pectoral paraissait tendu et résistait à toute traction.

Dans ces conditions, lorsque la réduction est empêchée par la simple rétraction des muscles, on peut essayer la résolution musculaire par l'anesthésie. Ce fut le cas de M. T..., cité dans l'observation I. La luxation sus-acromiale complète, chez ce sujet très musclé, n'avait pu être réduite. On donna du chloroforme au malade, et, aussitôt, la réduction s'opéra avec facilité.

Au sujet de la seconde difficulté, nous pouvons invoquer les expériences de Broca, qui attribua la difficulté de la réduction « à ce que l'extrémité acromiale était coiffée par les fibres du trapèze. Dans cette variété, l'extrémité claviculaire passe sous le bord antérieur du muscle et se loge en dessous ».

Cette disposition fut rencontrée par Régnier. Pour lever l'obstacle qui s'opposait à la réduction, Moutet (*In Montpellier médical*, 1861, t. VI, p. 227), dans un cas semblable, fit la section sous-cutanée du faisceau claviculaire du trapèze, ce qui donna un résultat satisfaisant, car, aussitôt cette section faite, la luxation se réduisit avec la plus grande facilité.

Enfin, dans certains cas, on se trouvera bien de faire une résection de l'extrémité claviculaire. Cette opération pratiquée par plusieurs chirurgiens donne de bons résultats.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux luxations récentes, c'est-à-dire à la classe des luxations irréductibles d'emblée.

Une seconde variété de luxation irréductible est représentée par les *luxations anciennes.*

Au cours de la première semaine qui suit le traumatisme, il y a réaction inflammatoire dans les parties avoisinant l'articulation. Du côté de celle-ci, on peut noter de l'arthrite. On note en effet de la tuméfaction, une légère rougeur diffuse, de la sensibilité à la pression, et même quelque peu de chaleur à la peau dans la région intéressée. Il y a réaction inflammatoire du côté des tissus, ayant pour résultat la formation de brides qui transforment la luxation en luxation irréductible. Au bout de combien de temps se produit-elle? Les auteurs ne sont pas absolument d'accord, mais il semble qu'une luxation datant de plus d'un mois sera d'une réduction difficile, et que la contention sera impossible. Dans l'observation III, nous avons un exemple de cette irréductibilité et on dut intervenir deux mois après l'accident.

Quelle sera la conduite à tenir en présence d'une luxation acromio-claviculaire irréductible ?

Dans le cas d'irréductibilité d'emblée, quand l'obstacle sera seulement dû à la rétraction physiologique des muscles, on pourra, si la réduction s'opère facilement sous le chloroforme, appliquer un bandage compressif avec tampon au niveau de la clavicule.

Dans les autres cas, où il y aura autre chose que la rétraction musculaire, par exemple des faisceaux musculaires coiffant l'extrémité claviculaire et s'oppo-

sant à la réduction, il faudra lever l'obstacle par la méthode sanglante. Cette intervention consistera à sectionner les muscles s'opposant à la réduction ou encore réséquer la partie externe de la clavicule qui s'oppose à la coaptation des surfaces articulaires. Ceci pour les luxations récentes. Dans les luxations anciennes irréductibles, il faudra supprimer tous les tissus fibreux de nouvelle formation qui s'opposent au contact des surfaces articulaires.

Tel sera le premier temps du traitement qui a pour but de réduire la luxation.

Le second temps sera la contention. Les procédés opératoires consistent à fixer la partie mobile de la luxation, c'est-à-dire la clavicule à un point de l'omoplate. L'opération n'est point récente, et nous voyons que Samuel Cooper la fit à San Francisco en 1861. Il opéra trois cas de luxation complète sus-acromiale et, dans les trois cas, il eut des succès. Baüm (*Portschrift der Med.*, 1866, p. 189) obtint aussi un bon résultat. De 1866 à 1889 on n'en reparle plus, lorsqu'à cette époque, nous voyons Paci, Wolff, Wirz, employer la méthode sanglante à la réduction de la luxation acromio-claviculaire.

En 1891, Poirier et Rieffel, par leurs travaux sur le traitement de cette luxation,et Lebec et Vallas,en 1893 et 1894 (*Province médicale*) contribuent par leurs études à faire entrer ce traitement dans la pratique.

Schwartz s'est servi de l'agrafe de Jacoël comme agent de fixation ; il s'en est suivi de l'ostéite raré-

fiante au niveau de l'implantation des pointes et du relâchement des surfaces ; le procédé a l'avantage de ne pas détruire la jointure, car il ne nécessite pas l'ablation des cartilages et la dénudation des extrémités. Il a l'avantage aussi d'être facile et rapide.

A ce procédé, nous préférerons celui de la suture osseuse proprement dite. En voici la technique : L'épaule étant maintenue basse et en arrière, on fait une incision horizontale de 6 à 7 centimètres ayant son milieu à l'interligne acromio-claviculaire. Inciser et récliner le périoste ruginé en ayant soin de bien dénuder la face inférieure de l'acromion et de la clavicule ; aviver les surfaces par l'ablation du cartilage si la luxation est récente, et des tissus fibreux interposés si elle est ancienne ; il faut pouvoir mettre les surfaces en contact sans effort.

Perforer de haut en bas, en veillant aux échappées, les deux extrémités maintenues avec un davier ; suturer au fil d'argent dont les bouts sont serrés et aplatis au marteau sur la face supérieure ; suture du périoste rabattu.

En outre, on fera porter un bandage pendant quinze jours, puis une écharpe ; séances de massage pendant trois semaines environ.

Il y a peut-être un inconvénient à la méthode, c'est la difficulté de perforer les extrémités acromiale et claviculaire sans faire éclater l'os, ce qui ne serait pas sans nuire à la fixation solide des fils d'argent.

Pénétrés de cet écueil, M. le professeur Delbet de concert avec M. Mocquot ont recherché un moyen

de contention qui pût se faire sans la perforation toujours laborieuse des os. Ils ont mis à profit la présence de l'apophyse coracoïde, et leur technique est celle-ci : un gros fil d'argent est passé sous la clavicule qu'il entoure à la manière d'un cerceau. Les deux chefs, après avoir été croisés, viennent contourner la base de l'apophyse coracoïde où deux ou trois tortions assurent leur fixité. Une modification a été apportée à la méthode après qu'on eût observé la rupture du fil d'argent. Elle consiste à renforcer le fil d'argent par une très grosse soie. Ce procédé a, paraît-il, donné pleine satisfaction à ses auteurs. Nous avons eu l'occasion de voir l'année dernière, dans le service de M. le professeur Delbet, un malade chez qui on avait fait ce traitement, et nous avons pu voir les résultats satisfaisants obtenus.

PRONOSTIC

Déjà en parcourant les œuvres d'Hippocrate nous avons lu le pronostic porté par lui : « En effet, l'os ne se maintiendra pas dans son ancienne position, tel qu'il était naturellement, mais nécessairement il fera en haut une saillie plus ou moins considérable » — « et il ne résultera aucun dommage, ni grand, ni petit » ; ce qui est formellement contredit par A. Paré : « A propos de cette luxation difficile à cognoistre et encore plus à être curée, où l'os ne sera réduit, le malade demeurera impotent et ne pourra jamais porter la main sur la teste ny à la bouche. » (P. 454.)

Si nous consultons J. Vigier, nous verrons qu'il n'est pas moins pessimiste : « En cette luxation, le malade ne peut hausser le bras, ny remuer l'espaule, ny porter sa main à la bouche et demeure ainsi impotent toute sa vie, si elle ne peut être remise. »

Cette appréciation a donné lieu à bien des critiques. Voici celle du baron Boyer : « Un pronostic aussi sévère, écrit-il, de la part d'un observateur tel que Paré, doit paraître d'autant plus étonnant qu'il est désavoué par l'expérience. Il est prouvé, en effet, par un grand nombre d'observations, que les

malades ne restent point estropiés, quoique les os demeurent dans l'état d'écartement où l'accident les a placés. La douleur se dissipe en peu de temps ; la nature consolide les ligaments qui ont été déchirés, et par la suite le membre peut exécuter tous ses mouvements sans gêne ni douleur » (Le baron Boyer.)

Pour Nélaton, la luxation incomplète n'offre aucune importance ; quant à la complète, elle n'a d'autre inconvénient qu'une difformité.

Le pronostic, pour Malgaigne, n'est pas généralement bien grave, même pour la luxation non-réduite. « J'ai vu, dit-il, un homme qui n'avait voulu se soumettre à aucun appareil ; dès le sixième jour, il commençait à se servir assez librement du bras. »

Aujourd'hui, le pronostic qu'on pourra porter au sujet de cette luxation sera favorable. Si la luxation est incomplète, un simple bandage et l'immobilisation pendant trois semaines suffiront ; si on a affaire à une luxation complète à grand déplacement et se reproduisant aussitôt la réduction, on aura recours au traitement sanglant, et dans les deux cas, on arrivera à de bons résultats.

Dans le cas où on aurait constaté que, au bout de quelques jours la luxation s'est reproduite, on pourrait encore, et seulement à ce moment, pratiquer la suture osseuse, mais, dans tous les cas, par un traitement judicieusement appliqué, on redonnera au membre l'étendue de ses mouvements, et à l'épaule sa forme normale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

M. T..., âgé de vingt-cinq ans, coureur cycliste, faisant une course au vélodrome de Tours le 10 mai 1906, tomba de bicyclette, un de ses concurrents étant venu à le toucher légèrement. Projeté à terre, il tomba sur la face postérieure de l'épaule gauche. A ce moment, il ressentit une douleur violente, une sorte de déchirure et lorsqu'il se releva, il constata qu'il ne pouvait faire que de légers mouvements de son bras. Les mouvements de grande amplitude, notamment ceux d'élévation, étaient impossibles, et déterminaient chez lui des douleurs extrêmement vives. Il crut s'être fait une fracture du bras. Il se rendit néanmoins au quartier des coureurs, soutenant son avant-bras malade avec sa main du côté opposé, la tête fortement inclinée du côté gauche. Le médecin de service l'examina et reconnut la déformation de l'épaule ; la clavicule n'était plus en contact avec l'acromion et faisait une saillie d'environ 1 cm. 1/2 en arrière de cette apophyse. Il diagnostiqua une luxation externe de la clavicule, mais sans pouvoir préciser s'il n'y avait pas concomitance de fracture de cet os. On fit un appareil constitué par une écharpe de Mayor de façon à permettre au blessé de rentrer à Paris.

Le surlendemain, il fut amené à l'hôpital Necker et entra dans le service de M. le professeur Berger. Une radiographie montra qu'on se trouvait en présence d'une luxation externe de la clavicule, sans fracture. La clavicule était au-dessus et en arrière de l'acromion, et entre ces deux os existait une dépression permettant l'introduction de l'index. La clavicule était mobile sous la peau, et en la déplaçant, on constatait des frottements rugueux qu'accompagnait une violente douleur. On décida de réduire cette luxation en employant tour à tour les diverses manœuvres, mais on échoua. On endormit alors le malade, et aussitôt la résolution musculaire obtenue, on constata que la réduction était assez aisée. M. le professeur Berger fit alors poser un bandage : un coussin d'ouate dans le creux axillaire ; un tampon sur l'extrémité externe de la clavicule, le tout retenu et serré par des bandes. Une écharpe immobilisait le bras, la main dirigée vers l'épaule du côté sain.

Au bout de vingt et un jours l'appareil fut enlevé et on commença des séances de massage qui furent répétées chaque matin pendant dix minutes. On faisait accomplir au malade de petits mouvements, puis on lui remettait son bandage. Après trente-deux jours, plus de douleur, la raideur disparaissait de jour en jour, et au bout de quarante jours le malade était guéri. Il n'existait plus qu'une légère saillie de la clavicule ; deux mois après l'accident, M. T... prenait part à une nouvelle course. Il était seulement un peu gêné dans les contractions violentes qu'il faisait en tirant sur son guidon.

Nous avons pu revoir M. T... il y a trois mois. Il nous a déclaré ne souffrir aucunement. D'ailleurs, depuis 1906, il a

pris part à de nombreuses courses, notamment à deux « Tour de France » et il se prépare à en faire un troisième. Nous avons examiné son épaule gauche, et n'avons constaté aucune déformation. C'est à peine si l'extrémité claviculaire est plus saillante que celle du côté sain, et quelqu'un non-prévenu ne trouverait certes aucune différence.

OBSERVATION II (Personnelle)

M. C..., cultivateur, âgé de trente-six ans, tombe d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres environ. La chute se fait sur l'épaule droite. En se relevant, le malade constate une vive douleur et l'impossibilité de faire des mouvements de son bras. Il éprouve un grand soulagement au moment où il prend son avant-bras fléchi sur le bras dans sa main gauche. Il va consulter son médecin qui reconnaît une luxation de la clavicule, lui met une écharpe de Mayor et lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Le malade se présente le lendemain à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Rennes et est admis dans le service de M. le professeur Dayot lit n° 18, salle Saint-Yves. L'épaule droite est très abaissée, la tête est inclinée sur le côté malade. La mensuration pratiquée de la fourchette sternale à l'acromion donne une diminution de longueur de 3 centimètres par comparaison avec le côté sain. La clavicule est en arrière de l'acromion et fait une saillie de 2 centimètres à un travers de doigt enarrière de lui. Mouvements douloureux ; le malade souffre surtout dans les mouvements

d'abduction et d'élévation. La clavicule est mobile sous la peau et on peut aisément reconnaître le signe de la touche On fait radiographier le malade, et on voit qu'on a affaire à une luxation externe de la clavicule sans fracture. M. le Dr Dayot décide d'appliquer un appareil destiné à maintenir la luxation qui se réduit avec une grande facilité, en abaissant la clavicule et en portant simultanément l'épaule en haut et en dehors, imprimant une forte impulsion au coude de bas en haut.

L'appareil est laissé vingt-trois jours ; on le surveille tous les jours, le resserrant, ou le bourrant d'ouate lorsque les bandes sont relâchées. Le vingt-troisième jour on enlève ce bandage, et on constate que la réduction s'est parfaitement maintenue. La saillie formée par la clavicule est à peine de 3 ou 4 millimètres. On pratique alors des séances de massage de dix minutes tous les jours suivie d'une réapplication du bandage. Le trente-cinquième jour, le malade sort guéri de l'hôpital. Les mouvements reviennent graduellement, et la déformation de la région acromio-claviculaire est peu marquée.

Revu deux mois après, le malade nous déclare avoir repris possession de tous ses mouvements. Il peut vaquer aux dures occupations de son métier sans être incommodé. La saillie que forme la clavicule est insignifiante.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mme C., âgée de trente-deux ans, était à jouer le 19 juin 1910 aux environs de Paris. Ayant été poussée, elle tomba sur une pelouse. Tout le poids de son corps porta sur son épaule

droite. Elle entendit à ce moment un craquement qu'accompagna une violente sensation de déchirure dans l'épaule. Aidée à se relever, Mme C... n'en continua pas moins à participer aux jeux, tout en maintenant son bras droit avec la main du côté opposé. Un médecin de l'endroit fut appelé trois heures après l'accident, diagnostiqua une contusion de l'épaule et lui donna un liniment dont elle devait faire deux applications par jour. Il fit mettre à la malade une écharpe pour soutenir son bras. La nuit elle eut une fièvre assez forte qui dura trois jours. Dix jours après, voyant qu'il n'y avait pas d'amélioration, elle alla consulter un autre médecin qui lui prescrivit des massages et de la mobilisation. Au bout de soixante jours, elle se fit radiographier et on lui conseilla alors l'électrothérapie. On lui fit cinq séances. Voyant qu'aucune amélioration ne survenait, qu'elle ne pouvait élever le bras au-dessus du mamelon, elle vint à la clinique Marie Lannelongue, où M. le professeur Pierre-Duval lui proposa l'opération, ayant reconnu l'irréductibilité de la luxation. Le 22 septembre l'opération fut pratiquée. Après incision de la peau parallèle à la clavicule, s'étendant de 1 centimètre en dehors de l'acromion au tiers moyen de la clavicule, après libération de cet os, la suture osseuse fut pratiquée. M. Duval se servit de gros fil d'argent. On fit un pansement légèrement compressif, puis on mit une écharpe de Mayor. On enleva le tout au bout de six jours, on supprima les fils et on appliqua un bandage nouveau et moins encombrant.

Nous avons revu la malade le 25 novembre. Elle nous déclare avoir repris possession de tous ses mouvements, notamment ceux d'élévation nécessités pour sa coiffure.

L'inspection de la région claviculaire nous montre une cicatrice opératoire à peine visible. Quant à la saillie claviculaire elle n'est pas appréciable. Mme C... nous accuse une sensibilité aux changements de température, mais nous déclare qu'aucun mouvement ne détermine de douleur sauf ceux occasionnés par le balayage et l'appui sur le bras droit. Elle se félicite du résultat obtenu.

OBSERVATION IV

(Thèse Duhamel)

Le nommé P..., receveur des contributions indirectes, âgé de quarante-cinq ans, est renversé par une locomotive et tombe sur le côté droit.

Quand il se relève, il présente des éraflures sur le côté gauche de la face et sur la main droite, ainsi qu'au niveau de l'épaule droite, de la hanche et du genou correspondants. De plus, on constate nettement au sommet de l'épaule droite une petite saillie mesurant 1/2 centimètre de hauteur qui est très douloureuse. Le Dr Denys de Charley (Aisne) prescrit le lit pendant quelques jours, et immobilise le bras dans une écharpe de Mayor. Au bout de quinze jours, séances de massage qui soulagent rapidement le malade. Ce dernier reprend son service au bout de cinq semaines. A ce moment, il ne souffre plus du tout de l'épaule ; la saillie acromiale de la clavicule est à peine visible.

OBSERVATION V

(Thèse de Courchet, 1866.)

Le nommé S..., âgé de trente-huit ans, entre le 26 janvier 1865, salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade a été renversé par un éboulement de plâtras, et la chute a eu lieu sur le bras et l'épaule gauches.

A son entrée à l'hôpital, on constate une déformation du moignon de l'épaule : un aplatissement surmonté de la saillie acromiale ; au-dessous une dépression dans laquelle on peut enfoncer le petit doigt. Grande mobilité de l'extrémité externe. La pression et les mouvements d'élévation du membre provoquent une douleur locale assez vive. Pas d'ecchymose, légère tuméfaction. Les mouvements passifs sont conservés. Les mouvements actifs sont contrariés par une douleur vive.

On réduit facilement la luxation et la déformation disparaît complètement, si le chirurgien, saisissant le bras malade et plaçant son point d'appui sur l'avant-bras gauche sous l'aisselle, fait exécuter à l'humérus un fort mouvement de bascule en dehors ; la luxation se reproduit le bras étant abandonné.

On applique l'appareil de Laugier ; le malade, quoique indocile, sort guéri après un séjour de trente-deux jours. Il n'y a plus trace de déformation ; on constate seulement un peu d'amaigrissement de l'épaule malade.

OBSERVATION VI

(Thèse de Courchet, 1866.)

Le nommé G... Louis, quarante-sept ans, plombier, entre le 7 novembre 1865, service de M. Broca à Saint-Antoine. Il y a deux jours, le malade est tombé sur l'épaule droite et le côté droit. Il en est résulté une fracture de la cinquième côte et une luxation de l'extrémité externe de la clavicule droite en haut et en arrière.

A l'examen on constate d'abord des deux côtés une saillie anormale des extrémités claviculaires : on croirait à une double luxation. Mais du côté droit la saillie est plus considérable et se dirige en haut et en arrière. Le creux susclaviculaire est effacé, le bord antérieur du trapèze est tendu. En outre l'extrémité externe de la clavicule est coiffée par les fibres de ce muscle. Les mouvements du membre sont possibles, mais ils sont douloureux et difficiles. Pour réduire la luxation, on a donné du chloroforme au malade ; on a fait l'extension du membre supérieur et la contre-extension au moyen d'une cravate sous-axillaire. On a ensuite poussé fortement la clavicule luxée en avant sans pouvoir obtenir le moindre déplacement de l'os. M. Broca a ensuite essayé la réduction en introduisant un poinçon dans l'extrémité de la clavicule et en exerçant une forte impulsion en avant. Malgré les plus grands efforts, on n'a pu obtenir dans ce sens aucun déplacement.

OBSERVATION VII

(Thèse de Ader, 1872.)

Le nommé X..., âgé de trente-huit ans, entre dans le service de M. Laugier, a fait une chute en descendant de voiture et le corps a porté sur l'épaule droite. Douleur locale très vive. L'extrémité externe de la clavicule est mobile et fait une forte saillie ; l'extrémité luxée est dirigée en haut et en arrière. La réduction fut facile. Les mouvements volontaires ont lieu en avant et en arrière : ceux d'élévation sont impossibles.

L'appareil de M. Laugier, appliqué le jour même, détermina de la douleur les deux premiers jours, au bout desquels le malade put le supporter.

Le malade sortit guéri, sans déformation et sans amaigrissement, après un mois de séjour.

OBSERVATION VIII

(Clipet. — *Bull. de Thérapeutique*, 1860.)

M. G..., quarante-deux ans, fait une chute le 17 janvier. On découvre une luxation incomplète de l'extrémité externe de la clavicule. Saillie considérable en arrière et en dehors. La luxation se réduit sans se reproduire immédiatement après. En dehors rainure notable entre la clavicule et l'acromion. Crépitation peu forte dans les mouvements. Le 26 janvier application de l'appareil à bandes élastiques

de M. Morel-Lavallée. Le 12 février on s'aperçoit que le malade enlève son appareil pour ne le mettre qu'à l'heure de la visite. Réprimandé, il le garde ; la luxation se maintient réduite définitivement et le 21 février, jour de sortie, c'est à peine si elle forme une saillie plus élevée que l'autre ; encore faut-il savoir qu'elle doit exister, pour le constater.

OBSERVATION IX

(Malgaigne, II, 437.)

Une vieille femme avait renoncé à tout traitement de sa luxation sus-acromiale dès que la légère inflammation des premiers jours avait été dissipée. Revue souvent depuis, elle se servait de son bras comme à l'état normal ; cependant la clavicule faisait toujours une saillie considérable, mais elle n'était presque plus mobile et semblait réunie à la face postérieure de l'acromion par une fausse articulation assez serrée.

OBSERVATION X

(*Gaz. des Hôpitaux*, 26 sept., 1872, p. 893.)

Une fille de dix-sept ans est serrée entre le brancard d'une voiture et une muraille. Vue aussitôt après l'accident, on constate une luxation de la clavicule gauche. Une serviette enveloppe le coude et le tronc est fixé par des points de suture. Un coussin sous-axillaire, un autre sur l'extré-

mité claviculaire. Pendant un mois il fallut resserrer trois fois l'appareil, trente-cinq jours après suppression de l'appareil et soixante jours après la fille seconde son père dans ses travaux de charretier.

OBSERVATION XI (Résumée)

(*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*)

Un homme de cinquante-cinq ans fit une chute du haut d'une échelle. Il fut amené dans le service de Nélaton, où on reconnut une luxation externe de la clavicule gauche. La réduction fut faite par Nélaton en étendant fortement le bras, et en l'amenant vers la tête tout en le maintenant dans l'extension. La contention fut réalisée de la façon suivante : Le coude étant fléchi à angle droit, une bande est enroulée de manière à passer sur l'épaule et sur l'avant-bras au voisinage du coude ; on fait ainsi plusieurs tours, et on obtient une sorte de sangle qui, passant en avant et en arrière, décrit une ellipse dont une extrémité est occupée par le moignon de l'épaule, et l'autre par la partie supérieure de l'avant-bras fléchi. Une seconde bande passe autour du thorax, seulement pour maintenir l'autre appliquée contre la poitrine.

Le malade sortit du service un mois après, il n'y avait plus de déformation sensible à la vue ; par le toucher seulement, on sent une légère saillie de la clavicule, très peu marquée.

OBSERVATION XII (Résumée)

(S. Cooper.)

Mme A..., âgée de trente-six ans, vient me consulter en 1856 pour une luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule gauche, datant de plusieurs années, luxation qui avait dans une large mesure diminué l'usage du bras correspondant.

Plusieurs appareils avaient été inutilement appliqués par divers chirurgiens à différentes époques ; si bien qu'elle était résolue à tout tenter pour se faire débarrasser de cette difformité et de cette gêne. Je lui proposai, après lui en avoir expliqué les dangers, la suture osseuse, qui fut acceptée. Incision cruciale, les surfaces articulaires sont taillées à la cisaille, mises en contact et suturées au fil d'argent. Rapide ankylose osseuse. Suppuration, puis guérison sans déformation. La malade, revue trois ans après, se servait parfaitement de son bras.

CONCLUSIONS

Dans toutes les luxations acromio-claviculaires incomplètes, et dans beaucoup de luxations complètes sans déplacement considérable, toutes les fois que la réduction est possible, le traitement par l'immobilisation, la compression et le massage précoce, donneront de bons résultats. La durée de l'immobilisation sera en moyenne de vingt et un jours. On aura alors recours au massage et à la mobilisation.

Dans les luxations anciennes et dans les luxations qui seront irréductibles d'emblée, même sous chloroforme, il y aura avantage à recourir à la méthode sanglante.

On lèvera l'obstacle en même temps qu'on assurera le contact des surfaces articulaires par la suture des extrémités acromiale et claviculaire ou selon le procédé de MM. Delbet, Mocquot.

Dans tous les cas, le pronostic sera favorable, le blessé recouvrant ses mouvements, dans toute leur intégrité, sans grande déformation souvent même sans aucune déformation de la région acromio-claviculaire.

Vu : le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer:
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD